

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FISTULES HÉMORRAGIQUES
CATAMÉNIALES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 novembre 1933

PAR

Albert-Joseph-Marie COCHARD

Élève du Service de Santé de la Marine
Né le 2 novembre 1909 à Guissény (Finistère)

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FISTULES HÉMORRAGIQUES
CATAMÉNIALES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 novembre 1933

PAR

Albert-Joseph-Marie COCHARD

Élève du Service de Santé de la Marine
Né le 2 novembre 1909 à Guissény (Finistère)

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1933

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON. MOURE, W. DUPREUILH

RIVIÈRE, BARTHÈ, DENIGES, AUCE, SELIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	MAURIAÇ.	Clinique chirurgicale in-	
	DUPERIE.	fantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique ...	GUYOT.
	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-	
Pathologie et thérapeuti-	CARLES.	ladies des enfants	CRUCHET
que générales.....	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-	
Clinique d'accouchements.		dicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathologique et	SABBAZES.	Physique médicale et phar-	
microscopie clinique....	VILLEMIN.	macéutique	SIGALAS.
Anatomie		Médecine coloniale et cli-	
Anatomie générale et his-	G. DUPREUILH.	nique des maladies exoti-	BONNIN
tologie	PACHON.	ques.....	
Physiologie	LEURET.	Clinique des maladies cuta-	PETGES.
Hygiène.....		nées et syphilitiques ...	DUVERGEY
Médecine légale et déon-	LANDE	Clin. des mal. des voies urinaires ..	
tologie.....		Clinique des maladies ner-	ABADIE
Electroradiologie et clin.	RÉCKOU	veuses et mentales.....	PORTMANN.
d'électricité médicale..	CHELLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie ..	
Chimie	N.	Toxicologie et hygiène ap-	LABAT.
Botanique et matière mé-	DUPOUY.	pliquée.....	
dicale	MANDOUL	Hydrologie thérapeutique	CREYX
Pharmacie	N	et climatologie.....	CAVALIE.
Zoologie et parasitologie	TEULIERES.	Clinique dentaire.....	
Médecine expérimentale..			
Clinique ophtalmologique.			

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie	DUBECO.		
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Physiologie	FABRE.		JEANNENEY
Parasitologie et Sciences	R. SIGALAS.		CHARRIER.
naturelles		Obstétrique	LOUBAT.
			RIVIERE.
	N.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale.....	AUBERT N.		
	DAMADE	Dermatologie et syphilogra-	
	PIECHAUD	phie.....	JOULIA.
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharma-	
		ceutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE.
Accouchements.	RIVIÈRE.	Pharmacie chimique	GOLSE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES (en congé)		
	BEAUVIEUX (chargé)		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes .	MM. N...		
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle .			GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire			DELGUEL

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

*Très humble témoignage de
mon infinie reconnaissance et de
ma profonde affection.*

A MES FRERES

A MA BELLE-SŒUR

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE

A MES MAITRES DU COLLEGE DE LESNEVEN

A MES MAITRES DE LA FACULTE,
DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST,
ET DE L'ECOLE DE SANTE DE LA MARINE.

A MONSIEUR L'ABBÉ L. KERBIRIOU

DOCTEUR ÈS-LETTRES
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE

A MONSIEUR L'ABBÉ C. LOZACHMEUR

PROFESSEUR DE MATHÉMATIQUES
CROIX DE GUERRE.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN CHEF BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHIRURGIEN ADJOINT DU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

*C'est à lui que nous devons
l'idée de ce travail et il nous a
toujours aidé de ses précieux
conseils. Qu'il veuille bien trou-
ver ici l'expression de notre plus
vive reconnaissance.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL ANDRÉ BOURSIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

MEMBRE CORRESPONDANT DES SOCIÉTÉS DE GYNÉCOLOGIE

DE PHILADELPHIE, DE BUCAREST ET DU BRÉSIL.

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous a fait le très grand
honneur de bien vouloir accepter
la présidence de cette thèse.*

INTRODUCTION

Presque toutes les fistules hémorragiques cataméniales, reconnaissent une origine post-opératoire, mais cette complication, qui survient après une intervention chirurgicale sur l'utérus ou sur les annexes, est relativement rare, exceptionnelle même : aussi les traités de gynécologie ne les mentionnent pas.

Il semble que la première mention en ait été faite par Spencer Wells, en 1882, qui, dans son *Traité des Tumeurs de l'ovaire*, écrit, à propos de la fixation extrapéritonéale du pédicule après l'ovariotomie : « Après occlusion de la plaie, on a prétendu que chaque mois la plaie s'ouvre pour laisser échapper un peu du liquide menstruel. Cela est vrai à peu près dans le tiers des cas. Mais si l'on a pris ses mesures, il n'y a pas de conséquence plus légère. Au bout de quelques mois, la trompe se rétracte presque toujours et il ne se fait plus d'écoulement. Je ne me souviens que de deux cas où il a continué jusqu'à présent ne causant que très peu de gêne. » La fistule hémorragique cataméniale était donc une complication fréquente au siècle dernier. puisque, d'après Spencer Wells, elle existait dans le tiers des cas d'ovariotomie. L'explication en est facilement donnée parce qu'avant la période antiseptique, la méthode de choix dans le traitement du pédicule de l'ovaire enlevé, était la méthode extrapéritonéale : on faisait passer le pédicule à travers la paroi et on le fixait à l'extérieur, au moyen d'un clamp qu'on enlevait quelques jours après; ce pédicule, fixé à la paroi, devenait alors souvent le point

de départ d'une fistule hémorragique cataméniale, fistule d'extrême bénignité évoluant vers la guérison spontanée.

Plus récemment, en 1902, Lebasteur consacre sa thèse à l'étude des fistules abdominales hémorragiques dont il distingue deux classes : 1° celles qui surviennent à la suite d'opérations gynécologiques, intéressant l'ovaire ou la trompe et pour lesquelles le sang provient de l'appareil génital; 2° celles qui surviennent à la suite d'opérations abdominales quelconques, fistules beaucoup plus rares et pour lesquelles le sang proviendrait de lésions de congestion et d'inflammation chronique d'un bourgeon épiploïque adhérent aux bords de la fistule.

Mais les opérations sur les annexes ne sont pas les seules susceptibles de déterminer pareille complication. Dès 1891, Olshausen mentionne que l'opération de Porro est assez souvent à l'origine des fistules menstruelles. Mais de toutes les opérations faites sur l'utérus et susceptibles de donner de telles fistules, la césarienne haute conservatrice est l'opération la plus souvent en cause : les fistules cataméniales survenues après la césarienne classique ont été étudiées dans les thèses de Nuville en 1911 et de Hureau, en 1919, et dans le rapport de Loïcq en 1922; les quatre cas publiés, en 1930, par Devraigne, Paul Banzet et Maurice Mayer, relèvent de la même étiologie.

Les cas les plus récents de fistules hémorragiques cataméniales dont nous ayons trouvé mention, ont été observés par Jeanneney à Bordeaux (Observation I), et par Pétrignani, à La Rochelle (Observation II).

Le cas étudié par Jeanneney reconnaît la même cause que celles que Spencer Wells signale dans son *Traité des Tumeurs de l'ovaire*.

Tout différent est le cas observé par Pétrignani; l'absence d'examen histologique ne nous permet, sans doute pas, d'affirmer d'une façon catégorique son étiologie, mais il nous semble que le point de départ de la fistule dans ce cas particulier est un *endométrrome*. Les endométromes,

tumeurs bien décrites pour la première fois par von Recklinghausen, sont des tumeurs assez rares qui peuvent donner, parfois, naissance à des fistules hémorragiques cataméniales : Cullen en cite, en 1896, Mahl et Mac Carty, en 1919, Nicholson, en 1926, et Ballin en 1928.

Fistules par communication de la paroi avec le tractus génital et fistules à point de départ endométriomateux, telle sera la division que nous adopterons pour cette étude des fistules hémorragiques cataméniales.

DÉFINITION

Par fistule hémorragique cataméniale on entend toute fistule qui, à l'occasion de chaque période menstruelle, est le siège d'un écoulement sanguin plus ou moins important. Ces fistules que l'on peut aussi bien désigner sous le nom de fistules menstruelles ou fistules sanguines périodiques, auront nécessairement ce premier caractère de n'exister que pendant la période d'activité génitale de la femme. De plus, ces fistules sont essentiellement de deux ordres : les unes doivent leur écoulement menstruel au fait qu'elles sont en communication directe avec l'utérus ou les annexes, et les autres sont dues au développement de tumeurs, désignées sous le nom d'endométriomes, que Nicholson définit des « utérus accessoires en constitution aussi bien qu'en fonction ». Cette division nous permet de prévoir que l'abondance de l'hémorragie au niveau d'une fistule menstruelle sera tout à fait variable. En effet, tandis que par les fistules dues à la persistance d'une communication anormale entre l'utérus et la paroi, presque tout le flux menstruel peut s'écouler (par exemple, s'il existe une large brèche utérine, accompagnée de sténose du col), les fistules d'origine endométriomatouse, elles, ne donnent naissance d'ordinaire qu'à une très légère évacuation sanguine.

Les fistules menstruelles sont encore caractérisées par leur *siège*, presque exclusif, au niveau de la paroi abdominale : le plus souvent, on les rencontre au niveau de l'extrémité inférieure d'une cicatrice de laparatomie médiane sous-ombilicale, ou dans quelques cas au niveau d'une cicatrice d'incision inguinale (cas de Jeanneney et cas de Pétri-

gnani) ou encore d'une incision faite pour appendicectomie. Les fistules d'origine endométriomateuse, siègent indifféremment en un point quelconque de la cicatrice.

Plus rares sont les autres localisations des fistules menstruelles, mais la possibilité de fistulation de collections purulentes de la trompe dans la vessie, permet de les rencontrer à ce niveau, et des cas de ce genre ont été décrits par Duvergey et Dax, et par Keene. Enfin, il existe quelques cas de fistules menstruelles au niveau du vagin par développement d'endométrioïde au niveau de la cloison recto-vaginale.

Le *trajet* des fistules cataméniales, à peu près inexistant pour les fistules d'origine endométriale, peut être plus ou moins complexe quand il s'agit de fistules par communication directe de la paroi avec le tractus génital.

ETIOLOGIE - PATHOGÉNIE

Les fistules hémorragiques cataméniales sont classées par Nuville, dans sa thèse de 1911, en deux catégories bien distinctes :

Les fistules après une intervention chirurgicale, qui sont de beaucoup les plus fréquentes; et les fistules dont l'origine est due à un processus pathologique spécial, les rendant *idiopathiques*, et dont la constitution nécessite une condition indispensable, à savoir, *l'occlusion du col utérin*.

Cette classification a l'avantage d'être plus compréhensive que celle de Lebasteur, et attribue à toute fistule menstruelle une origine génitale : les fistules hémorragiques décrites par Lebasteur et dans lesquelles « le sang ne proviendrait que de lésions de congestion et d'inflammation chronique d'un bourgeon épiploïque adhérent aux bords de la fistule » ne nous semblent pas, en effet, rentrer dans le cadre des fistules menstruelles proprement dites, les hémorragies survenant au niveau de ces bourgeons épiploïques pouvant être occasionnées par toute congestion du petit bassin indépendante du cycle menstruel.

Les *fistules hémorragiques idiopathiques* sont rarissimes : signalées d'abord par Warzawski, leur possibilité s'explique par le fait d'une suppuration des organes génitaux, de la trompe en particulier, gagnant progressivement la paroi et se fistulant. C'est ainsi que Deverre rapporte un cas de fistule menstruelle due à la rupture d'une énorme périméthro-salpingite à travers l'ombilic, et Schlink décrit un autre cas de fistule tubaire avec écoulement sanguin périodique due à l'ouverture d'un abcès tubaire au niveau de l'aîne. Nous avons déjà signalé le cas de fistulation

spontanée d'un pyosalpinx à travers la vessie, rapporté par Duvergey et Dax, déterminant une fistule menstruelle intersalpingo-vésicale; de même nature est le cas décrit par Keene : « Il s'agit d'une femme de 34 ans se plaignant de faiblesse générale et de cystite intraitable. Urotropine, lavages de vessie avec l'azotate d'argent avaient été employés sans effet. Les urines étaient souillées de pus et périodiquement de sang. L'exploration vaginale montra que l'utérus et les annexes étaient immobilisés dans une masse inflammatoire remplissant le pelvis, surtout une grosse tumeur de la trompe droite pouvait être palpée et était adhérente à la paroi de la vessie; une radioscopie, faite après injection intravésicale de 5 cc. de bromure de sodium montra que la trompe droite communiquait avec la vessie. »

De ces fistules cataméniales spontanées d'origine inflammatoire, il convient de rapprocher quelques cas, rares aussi, dont la cause se trouve dans le développement spontané d'un endométriome en un point quelconque de la cavité abdominale; ces tumeurs endométriales, déjà peu fréquentes, se compliquent encore plus rarement de fistule cutanée, et le mécanisme de cette fistulisation est le suivant : l'endométriome, tumeur à développement progressif, arrive à un moment donné à la peau par envahissement successif des divers plans de la paroi; sous l'influence de la congestion qu'il subit au moment des règles, des kystes sanguins s'y développent, croissent et font éclater la peau à leur niveau : une fistule s'établit et laisse écouler du sang pendant toute la période menstruelle.

La pathogénie de ces tumeurs a suscité de nombreuses théories et c'est ce qui explique la diversité des synonymes employés pour les désigner : « adénomyomes », de Recklinghausen et de Cullen; « adénomes ectopiques de type utérin », de Mahl et Mac Carty; « endométriome aberrant », de Davies; « endometrial implants et endométriosis », de Sampson; « prolifération épithéliale extra-génitale

hétérotypique avec structure de muqueuse utérine » ; « prolifération adénomateuse de la séreuse péritonéale » ; « solénome », de Jayle.

Les premières théories émises pour expliquer leur genèse furent la *théorie lymphatique* de Kœberlé, en 1869, et la *théorie inflammatoire* admise par Olivari, en 1887, pour expliquer les nodosités adénomyomateuses de la trompe ; elles ne conservent plus de partisans aujourd'hui.

Plus importantes sont les *théories congénitales*. C'est von Recklinghausen qui, le premier, en 1896, incrimine les *restes du corps de Wolf*, dans la production de ce qu'il désigne sous le nom d'adénomyome et de cystadénome. Ses arguments étaient le siège fréquent des endométrïomes au niveau de la corne utérine et leur structure histologique. L'origine Wolfienne peut certes être invoquée pour les endométrïomes trouvés au niveau du ligament rond, de la région inguinale et des cornes utérines ; mais le corps de Wolf ayant une position dorsale chez l'embryon, il est bien difficile de lui attribuer la production des endométrïomes de la paroi abdominale.

Avec Cullen, en 1914, apparaît la *théorie Mullérienne*, qui est admise pour les endométrïomes siégeant au niveau du ligament large et du septum recto-vaginal. Plus récemment, Letulle soutient cette origine mullérienne des endométrïomes extragénitaux et y voit la cause de leur réaction menstruelle : « L'influence de l'ovaire se manifestera au sein de l'endométrïome aberrant, au cours de la vie génitale, aux époques menstruelles et pendant la grossesse pour cette simple raison que l'on est en présence d'un utérus en miniature. »

Plus récente est la *théorie péritonéale*, soutenue en 1918 par Lockyer, qui rapporte quarante-sept cas d'adénomyomes avec glandes endométriales et pense que le péritoine est la source de l'épithélium dans beaucoup de ces cas. Cette théorie est défendue par Oberling qui invoque « les rapports ontogéniques étroits entre le revêtement de la

cavité péritonéale et le canal de Müller. Cette proche parenté peut expliquer pourquoi dans des conditions particulières les cellules péritonéales peuvent évoluer à la façon des éléments müllériens ; nous comprenons ainsi que le péritoine et la muqueuse utérine peuvent donner naissance à des tumeurs absolument identiques. » Cette théorie permet d'expliquer les endométrïomes situés au niveau de l'ombilic et au niveau des cicatrices de laparotomies pratiquées pour des interventions extragénitales (3 cas d'endométrïomes au niveau de cicatrices d'appendicectomie signalés par German).

Enfin, en 1921, Sampson défend ardemment une nouvelle théorie, qui est la *théorie* de la *migration*. Déjà, dès 1897. Cullen suggéra que les adénomyomes de l'utérus avec glandes de type endométrïal étaient dus à l'invasion de la paroi utérine par sa muqueuse.

Sampson, dans ses travaux, soutient qu'il y a reflux de cellules endométrïales par les trompes au moment de la menstruation, ces cellules s'implantant d'ordinaire sur l'ovaire, organe voisin de la trompe, mais aussi sur la séreuse péritonéale. De plus, Sampson et ses élèves rapprochent la structure des tumeurs endométrïales et celle des kystes de l'ovaire qu'on désigne sous le nom de « kystes chocolat » ou « kystes goudron », et arrivent à la conclusion que ceux-ci ont une origine endométrïale. Le mécanisme invoqué par Sampson est le suivant : « Pendant la menstruation, surtout dans les cas où, du fait de la rétroflexion ou de polypes utérins, l'écoulement du flux menstruel à travers le col est gêné, le sang menstruel passe par la trompe et contenant des cellules endométrïales, celles-ci adhèrent de préférence à la surface de l'ovaire. De petits kystes se forment autour de la greffe envahissante. Les kystes contiennent des cellules endométrïales et du sang extravasé ; une invasion plus profonde du stroma de l'ovaire conduit à la formation du kyste chocolat. Ces kystes ont le pouvoir de devenir adhérents et de s'ouvrir parfois, déchar-

geant ainsi de nouvelles cellules endométriales qui peuvent former des dépôts sur le péritoine et s'y développer à leur propre compte pour aboutir à un endométriome » (Ballin). En faveur de la théorie de Sampson ont été publiés certains faits expérimentaux : Jacobson et Dossena, par exemple, ont reproduit des greffes endométriales dans le péritoine d'animaux en répandant des cellules endométriales dans la cavité abdominale. Pourtant la question du reflux de sang menstruel par la trompe a été très discutée : Novak a opéré treize femmes pendant la période de la menstruation et n'a jamais vu sourdre de sang menstruel par l'orifice des trompes, et le même auteur n'a trouvé de cellules endométriales que dans sept des centaines de trompes qu'il a examinées dans ce but et encore, dit-il, ces cellules n'avaient pas les caractères des cellules endométriales menstruelles. Curtis est d'un avis contraire : Opérant à dessein des femmes au moment de leurs règles, il a vu, dans trois cas, du sang menstruel s'écouler dans le péritoine par les trompes, et nombre de chirurgiens ont observé de pareils faits. En outre, Curtis affirme que dans quinze cas de greffes endométriales qu'il a opérées il y avait de la rétroflexion utérine favorisant le reflux par la trompe et que dans tous ces cas, les trompes étaient largement ouvertes dans le péritoine. Dauforth aussi insiste sur le fait que les malades atteintes de kyste chocolat possèdent des trompes ouvertes dans le péritoine, et il en déduit que l'implantation endométriale sur les ovaires en est la cause. Enfin Schwartz admet que si l'ovaire est le siège de prédilection des greffes endométriales, c'est parce que c'est l'organe le plus proche de l'orifice tubaire. Le cas de greffe de cellules endométriales à la suite d'une rupture utérine, signalé par Davis et Cron, est également en faveur de la théorie de la migration dans la production des endométriomes qui se développent dans la cavité abdominale et sur des cicatrices de laparotomies faites pour des opérations extra-génitales et même génitales.

Comme on le voit, nombreuses sont les théories pathogé-

niques des endométriomes, et il semble que l'on doive être éclectique et admettre telle ou telle théorie suivant la localisation de l'endométriome :

Théories congénitales pour les endométriomes situés au niveau des ligaments ronds et des ligaments larges ;

Théorie péritonéale pour les endométriomes développés au niveau de l'ombilic ;

Théorie de la migration, valable aussi pour les endométriomes de l'ombilic, et pour ceux qui se développent dans les cicatrices de laparotomies n'ayant pas intéressé la sphère génitale.

Nous verrons plus loin que pour les endométriomes développés au niveau des cicatrices de laparotomies exécutées pour les interventions sur les organes génitaux internes, c'est la *théorie* de la *greffe* accidentelle de cellules au niveau de la plaie opératoire qui en donne l'explication la plus satisfaisante.

Cette catégorie de fistules hémorragiques cataméniales dont nous venons d'étudier la pathogénie, fistules par ouverture spontanée de suppurations tubaires à la peau ou dans la vessie et fistules dues à des endométriomes développés spontanément, ne constitue, pour ainsi dire, que l'exception.

En effet, les fistules menstruelles ont, dans l'immense majorité des cas, leur origine dans une *intervention chirurgicale* pratiquée sur les organes génitaux internes de la femme. Mais dans cette deuxième catégorie de fistules, comme dans la première, deux grandes causes interviennent aussi : Ou bien la fistule est due à une *communication* de l'*utérus* ou des annexes avec la paroi, ou bien elle provient d'une *inclusion* de *tissu endométrial* dans une cicatrice opératoire.

*Fistules cataméniales par communication
de la paroi abdominale avec le tractus génital.*

Entre toutes les opérations susceptibles d'être suivies d'une telle complication, il convient en premier lieu de placer la césarienne conservatrice, surtout la *césarienne corporeale*. A propos des suites possibles de la césarienne classique, Holland écrit : « Chacun sait combien, pendant le temps de suture de la plaie utérine, l'incision tend à s'ouvrir transversalement et combien les bords sont tirés au moment des contractions utérines. Si les contractions sont puissantes, de petites brèches, qui deviennent remplies de caillots sanguins, se font entre les sutures. Plusieurs cas ont été décrits dans lesquels il fut nécessaire de rouvrir l'abdomen et qui montrèrent à l'autopsie, la plaie largement ouverte. S'il arrive une infection de la plaie utérine, la guérison est compromise et une cicatrice imparfaite se forme. Le danger de rupture de ces cicatrices si minces est grand dans une nouvelle grossesse. Même en cas de légère infection, la position de l'incision fait que des adhérences entre la cicatrice utérine et l'épiploon, l'intestin ou la paroi abdominale sont presque inévitables. » Et Ballin ajoute : « De telles adhérences, si les anses intestinales sont intéressées, conduisent souvent à l'obstruction aiguë ou chronique de l'intestin ou à la formation d'abcès et de fistules stercorales. Ensuite la perforation de la mince adhérence avec la cicatrice utérine peut conduire à la fistulisation, et les graves fistules cataméniales sont compliquées de petites fistules fécales. » Holland incrimine donc deux facteurs dans l'établissement de ces fistules : Les contractions utérines normales et l'infection. D'autres causes favorisantes de leur production peuvent encore être signalées : telles sont l'administration intempestive d'ergotine qui réveille et renforce les contractions utérines et les mauvaises techniques de suture amenant dans les suites opératoires une désunion des lèvres de la plaie utérine.

Mais le facteur essentiel, celui qui presque toujours existe, c'est l'*infection*. L'infection peut être due soit à la septicité des fils, soit, le plus souvent, à l'infection première de l'utérus ; l'infection utérine provient « soit d'une faute d'asepsie ou d'une technique opératoire défectueuse, soit d'une complication opératoire telle que la déchirure d'une anse intestinale adhérente, soit le plus souvent d'un état septique de l'utérus et de son contenu, l'infection préexistant à l'accouchement (vaginite gonococcique) ou étant contemporaine à l'accouchement (touchers, forceps) ou venant par rétention de lambeaux de membranes ou de placenta » (Hureau). La nature des fils de suture joue un rôle assez important et dès 1910 Lepage attribuait aux fils de soie (employés par Couvelaire) des risques d'infection et de fistule utéro-pariétale consécutive, avec élimination de ces fils non résorbables. L'emploi des fils de catgut employés à la Maternité de Bordeaux est sans doute l'une des raisons pour lesquelles on n'y a pas observé de cas de fistules cataméniales.

Les publications de fistules hémorragiques périodiques de cette origine sont assez nombreuses : Nuville, en 1911, et Hureau en 1919, leur ont consacré leurs thèses ; Ballin, en 1928, relève trente-quatre cas ; la même année Favreau et Lafargue en publient un autre ; en 1930, nous notons un cas de Tortora et Sanvitale, trois cas d'Albano, et en 1932 quatre cas rapportés par Devraigne, Paul Banzet et Maurice Mayer. Albano évalue à 0,44 pour 100 la fréquence des fistules menstruelles après la césarienne haute conservatrice.

A côté de la césarienne classique, d'autres interventions touchant l'utérus peuvent être à l'origine d'une pareille complication : de ce nombre est l'opération de Porro, mais cette opération est une opération d'exception et il s'ensuit que les cas de fistules cataméniales qui peuvent lui être incriminés sont très rares ; dans l'opération de Porro, la fixation du moignon cervical dans l'angle inférieur de la

plaie abdominale, avec conservation des ovaires, explique aisément le mécanisme de production d'une fistule cataméniale.

D'autres opérations, bien que moins souvent en cause que la césarienne corporéale, peuvent être la source de fistules menstruelles : ce sont les *opérations* sur les *annexes*. Snoëck, en 1912, publie 13 cas de cette origine qu'il a étudiés dans divers services chirurgicaux pendant vingt ans, toutes les fistules qu'il rapporte étant des fistules tubo-cutanées pures ; depuis cette date nous trouvons deux cas publiés par Albano en 1926 ; un cas de Mesa en 1929, où la fistule tubo-cutanée est compliquée de fistule stercorale par communication avec l'anse sigmoïde (Observation III) ; un cas de Tagliavacche ; un cas de Gutierrez, fistule compliquée de fistule stercorale par communication avec la terminaison de l'iléon ; et en 1932 un cas rapporté par Jeanne-ney et Laporte.

Ces fistules abdominales hémorragiques d'origine ovarique sont divisées dans la thèse de Lebasteur en trois classes :

1° Les fistules consécutives à l'ouverture d'une vieille collection purulente (pelvi-péritonite suppurée, énorme poche salpingienne avec abcès pelvien) ou sanguine (hématosalpinx, hématoçèle, kyste hématique de l'ovaire) ; et les cas « où l'ovaire hernié est le point de départ d'une inflammation phlegmonneuse, on ouvre cet abcès et il s'ensuit une fistule cataméniale. »

2° Il y a eu intervention sur un ovaire ou même l'ovariotomie a été double ; mais il y a persistance d'un léger moignon ovarique, et le flux hémorragique ne pouvant s'écouler au dehors par le vagin se crée un chemin le long des adhérences et s'écoule par la paroi abdominale.

3° Il y a eu fixation du pédicule dans la plaie abdominale.

Snoëck a insisté sur le rôle de la lésion primitive, qui a nécessité l'intervention, dans la production de ces fistules

tubo-pariétales postopératoires. La *tuberculose annexielle* serait la cause prédisposante et le mécanisme de la formation de ces fistules menstruelles serait analogue à celui de la fistulisation des abcès froids et des adénites bacillaires. Le processus serait le suivant : « Postérieurement à la résection, en vertu du traumatisme opératoire, de l'inflammation des tissus voisins due à la lésion initiale, de l'infection par rupture de la poche septique, de la mauvaise péritonisation du moignon de la trompe, ou du drainage même irritant les tissus enflammés, il se produirait un abcès qui s'ouvrirait par la tunnellation faite par le drainage à quelques jours ou semaines de la première intervention. » (Snoëck). Des treize observations de Snoëck, sept répondent à des lésions bacillaires, et les cas de Mesa et de Jeanneney reconnaissent aussi une origine tuberculeuse.

Pour les autres cas de fistules tubo-pariétales, un défaut de technique opératoire (telle la mauvaise péritonisation du moignon de la trompe, ou la résection insuffisante de la région isthmique), semble devoir être incriminé : « En effet, le moignon de la trompe non totalement enlevé est un foyer septique qui éclate par la poussée inflammatoire dérivée de l'acte traumatique opératoire ; il se forme un abcès qui se tunnelle suivant la voie de drainage, et la perméabilité utérine existant il s'établit une fistule tubocutanée définitive d'où sort une partie du flux menstruel. » (Mesa).

Le *processus inflammatoire* est donc la cause primordiale de l'apparition de cette classe de fistules cataméniales, qu'elles soient utéro-pariétales ou simplement tubo-pariétales. Aussi l'intervalle qui s'écoule entre l'intervention chirurgicale et l'apparition de la fistule est-il en général assez court : quelques jours ou quelques semaines. Des exceptions existent pourtant : Six mois après l'intervention chirurgicale dans le cas de Jeanneney et Laporte, seize ans dans le cas rapporté par Tortora. Ce long intervalle de temps entre l'opération et l'apparition de la fistule est excep-

tionnel pour les fistules que nous venons d'étudier; il devient, au contraire, la règle quand il s'agit de fistules hémorragiques cataméniales postopératoires d'origine endométriale (de 2 à 25 ans, d'après Ballin).

*Fistules hémorragiques cataméniale postopératoires
d'origine endométriale.*

Les endométriomes postopératoires, situés sur les cicatrices de laparotomie, contractent avec l'utérus des rapports variables : Tantôt la masse endométriale fait corps avec la paroi antérieure de l'utérus, tantôt les connexions sont moins étroites, seul un tractus fibreux reliant l'endométriome à l'utérus. Ces endométriomes postopératoires donnent naissance à un écoulement menstruel suivant le même processus que les autres endométriomes. La théorie pathogénique de ces petites tumeurs, ne se développant que d'une façon lente et progressive dans les cicatrices de laparotomie, est celle de la greffe. De petits fragments de muqueuse sont portés au cours de l'opération (par l'aiguille de suture, par exemple), sur les tranches de la plaie pariétale, y sont inclus par la suture de la paroi et s'y développent par la suite.

Les opérations qui donnent lieu à cette complication tardive sont rapportées dans la statistique de Goullioud, Martin et Michon qui porte sur 24 cas :

10 cas à la suite d'hystéropexie;

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| 6 | — | — | d'ablation annexielle; |
| 2 | — | — | de myomectomie; |
| 2 | — | — | de perforation utérine traumatique; |
| 2 | — | — | de césarienne; |
| 1 | — | — | de rupture de grossesse tubaire; |
| 1 | — | — | d'appendicectomie. |

German donne le tableau suivant, portant sur 49 cas :

<i>Opération</i>	<i>Pourcentage</i>	
Hystéropexie	18 cas	37 %
Césarienne	12 cas	25 %
Salpingectomie et ovariectomie..	10 cas	20 %
Suspension de l'utérus	5 cas	10 %
Appendicectomie	3 cas	6 %
Hystérectomie	1 cas	2 %

En résumé, la majorité de fistules hémorragiques cataméniales proviennent soit de l'infection (surtout après la césarienne), soit du développement d'un endométriose au niveau de la cicatrice opératoire (surtout après l'hystéropexie).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Fistules hémorragiques cataméniales par communication avec le tractus génital.

On décrit à ces fistules un orifice externe, un trajet, et, pour celles qui aboutissent à la cavité utérine, un orifice interne.

L'orifice externe est le plus souvent unique ; exceptionnellement il en existe plusieurs. Cet orifice est situé au niveau de la cicatrice opératoire, et d'ordinaire à l'une de ses extrémités : à son extrémité supérieure, d'après Hureau, tout près de l'ombilic ; à l'extrémité inférieure très souvent aussi si nous nous rapportons aux nombreuses observations que nous avons consultées.

Cet orifice peut être allongé ou arrondi, être saillant ou bien déprimé en « cul-de-poule », ou encore être perdu dans un repli de la peau. Il n'offre parfois rien de particulier, tandis que dans d'autres cas, plus rares il est vrai, il est entouré d'une zone érythémateuse, voire même d'une pyodermite intense (un cas de Hureau) : Cette complication cutanée ne survient que lorsque des sécrétions purulentes ou des matières fécaloïdes s'écoulent par l'orifice.

Le *trajet fistuleux* est soit rectiligne, soit tortueux ; il peut présenter des diverticules ou des cavités accessoires intermédiaires. Parfois à l'opération on découvre plusieurs trajets communiquant entre eux, ou bien il existe un trajet qui profondément se bifurque, une partie communiquant avec l'utérus ou les annexes tandis que l'autre est en relation avec le gros intestin (Mesa) ; ou même avec une anse grêle (cas de Gutierrez, mentionné par Mesa).

Récemment, le trajet est recouvert de bourgeons charnus, mais ceux-ci, peu à peu, subissent une transformation fibreuse donnant une rigidité caractéristique au trajet.

D'autre part, le trajet est entouré d'une zone inflammatoire périfistuleuse constituée dans son ensemble par un tissu de granulations avec des néo-vaisseaux assez nombreux. Fréquentes sont les adhérences de l'épiploon et des anses intestinales avec le canal fistuleux, de même avec les orifices pariétal et interne; ces adhérences sont en éventail, le bord large répondant à la peau et le bord étroit à l'utérus, si bien qu'elles réalisent une sorte d'hystéropexie d'origine inflammatoire, expliquant la position fréquente de l'utérus en antéflexion et sa mobilisation douloureuse.

Ce trajet se termine soit dans l'utérus, soit au niveau des annexes : si la première éventualité est réalisée, l'*orifice utérin* est de dimensions variables, et assez souvent la paroi antérieure de l'utérus est profondément altérée, réduite dans certains cas à son feuillet péritonéal.

Quand il se trouve en communication avec les annexes, le trajet ou bien s'ouvre dans un kyste de l'ovaire, ou bien continue pour ainsi dire la trompe jusqu'au niveau de la paroi abdominale ; les lésions annexielles observées dans ces cas sont de nature tuberculeuse le plus souvent.

Fistules d'origine endométriale.

Les endométriomes compliqués de fistules cataméniales, qu'ils aient une origine postopératoire, ou qu'ils se soient développés spontanément en un point quelconque de l'abdomen (ombilic surtout), sont des tumeurs qui arrivent au contact de la paroi, si bien que le trajet fistuleux n'existe pas. Ils s'ouvrent à la paroi par de nombreux petits pertuis ou par une fistule unique, qui se cicatrisent dans les périodes intermenstruelles.

La définition que donne Nicholson des endométriomes

« utérus accessoires en constitution aussi bien qu'en fonction », fait tout de suite entrevoir ce qu'est leur constitution histologique ; nous empruntons ici la description qui en a été donnée par Oberling :

« L'élément caractéristique est représenté par des formations glandulaires irrégulièrement ramifiées, de calibre inégal, parfois kystique. L'épithélium qui revêt les tubes présente essentiellement deux aspects : Tantôt ce sont des cellules cylindriques hautes, de type utérin, ciliées ou non, à cytoplasme relativement clair et à noyau allongé ; tantôt ce sont des cellules aplaties, atypiques. Ces deux aspects se rencontrent fréquemment dans un seul et même tube. Le tissu conjonctif qui engaine les tubes est de tous points semblable au tissu cytogène de la muqueuse utérine. Il est formé de cellules trapues, à noyau ovoïde, riches en chromatine, reliées entre elles par des prolongements protoplasmiques. La substance fondamentale est relativement rare. Presque constamment le stroma porte des traces d'anciennes hémorragies sous forme de pigments ferrugineux. Un fait important reste encore à signaler, c'est la participation fréquente du tissu musculaire à la constitution de ces tumeurs. Quand les endométrïomes envahissent un organe musculéux (utérus, paroi intestinale), le tissu musculaire répond par une réaction hyperplasique souvent considérable. Mais il n'y a pas seulement prolifération d'un tissu musculaire préexistant, il existe sans doute une néo-formation de muscles lisses dans le stroma des endométrïomes. Il est impossible d'expliquer autrement la présence de fibres musculaires lisses dans le stroma des endométrïomes développés dans l'ombilic ou dans les cicatrices de laparotomie. »

Donc, formations glandulaires et épithélium, tissu conjonctif jeune, appelé « tissu cytogène » par Kolliker et von Recklinghausen, ressemblant au chorion de la muqueuse utérine, et tissu musculaire, tout rappelle dans ces tumeurs la constitution de l'utérus. Certains endométrïomes s'en

rapprochent encore davantage et constituent réellement un utérus en miniature : ils sont alors formés d'un tube central allongé, entouré de tissu cytogène et de fibres musculaires lisses, avec des diverticules glandulaires.

La présence du tissu cytogène n'est toutefois pas constante ; il fait défaut dans quelque cas, et son abondance serait « sous la dépendance formative du tissu épithélial » (Fischer) : En effet, plus les cellules épithéliales sont hautes et plus le tissu cytogène est développé. D'aucuns ont voulu voir dans ce tissu cytogène un tissu d'origine inflammatoire¹, car le tissu cytogène est plutôt pauvre en vaisseaux, ne possède ni cellules exsudatives ni leucocytes et ne donne jamais de tissu cicatriciel.

C'est au tissu cytogène qu'on attribue un rôle important dans la progression de la tumeur. L'endométriome est, en effet, une tumeur envahissante, qui dissocie les tissus avoisinants sans les détruire, et qui récidive souvent après une exérèse incomplète ; aussi Masson a-t-il pu les définir « des tumeurs à caractère fort ambigu qui par certains côtés, se rapprochent des cancers, par les autres des tumeurs hyperplasiques simples, par la complexité de leurs constituants des dysembryomes. »

Le contenu des cavités glandulaires et des kystes des endométriomes peut être hyalin, mais il renferme en général du sang plus ou moins altéré, des polynucléaires, des globules rouges et des cellules épithéliales venant de la paroi. La présence de sang s'explique très aisément, puisque la clinique nous montre la participation fréquente des endométriomes au cycle menstruel.

1. Plusieurs caractères, cependant le séparent nettement d'un tissu inflammatoire.

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

Observation I

(Rapportée par MM. G. Jeanneney et Fernand Laporte)

Marie-Antoinette L..., âgée de 27 ans vient au mois de juin 1930 pour se faire opérer de deux hernies inguinales. Ces hernies datent de trois ans : la gauche, de la dimension d'une noix environ, a toujours été facilement réductible; la droite, plus grosse, de la grosseur d'un œuf de poule, s'est toujours montrée irréductible et est fréquemment le siège de douleurs lancinantes, peu intenses cependant, puisqu'elles n'empêchent ni la marche, ni le travail du ménage.

Rien n'attire l'attention dans les antécédents. Cette femme, qui n'est pas mariée, n'a pas eu de maladie, est bien réglée et généralement en bonne santé. Elle ne se plaint de nulle autre chose que de la gêne que lui apportent ses deux hernies.

L'examen montre effectivement la présence de deux hernies inguinales, la gauche présentant la symptomatologie habituelle, la droite ayant cette particularité d'être irréductible sans qu'on relève rien d'anormal au niveau de la peau et des parties molles adjacentes. La paroi abdominale est faible dans son ensemble, mais il n'y a pas de ptose des organes abdominaux. Rien à signaler au sujet des autres appareils.

L'état général est médiocre; cette femme est maigre, pâle, nerveuse, a peu d'appétit.

Intervention (23 juin 1930). — Le Dr Queyron, médecin de la malade, assiste à l'intervention.

A gauche, cure chirurgicale suivant le procédé Forgue; aucune particularité.

A droite, incision inguinale (peau et tissu cellulaire, puis aponévrose du grand oblique); on découvre le contenu de la hernie, qui est constituée par un pyosalpinx : la trompe, tordue sur son axe au voisinage de la corne utérine, est remplie d'un pus crémeux d'un beau jaune vert, non fétide; on enlève ce pyosalpinx, on ligature la trompe à son origine, on fait l'hémostase du méso et l'on fixe le moignon (origine de la trompe et son méso) à la paroi abdominale, comme on le ferait du sac pour un Barker, par mesure de prudence au cas où une complication infectieuse surviendrait. On termine

par une cure chirurgicale suivant le procédé Morgue et suture totale sans drainage.

Les suites sont normales. Le côté gauche cicatrise en quelques jours et nous n'en reparlerons plus.

Le côté droit cicatrise sans suppuration, et la malade revient chez elle au bout de vingt-six jours, parfaitement guérie, prête à reprendre ses occupations.

Cinq mois plus tard, après une longue période d'excellente santé, se manifestent des douleurs lancinantes au niveau de la cicatrice droite, bientôt suivies de la formation d'un abcès chaud qui se collecte et est ouvert par le docteur Queyron. Un drainage et quelques pansements amènent en quelques jours la cicatrisation.

Un mois plus tard, c'est à dire six mois après la cure chirurgicale, au moment de l'apparition des règles, qui avaient subi un retard à l'occasion de cet abcès, du sang se montre au niveau de la cicatrice et une hémorragie minime, de quelques gouttes par jour, se produit et disparaît en même temps que les règles. Depuis ce jour, la situation reste sans changement : à chaque période menstruelle, par un petit orifice, s'écoulent sans la moindre douleur quelques gouttes de sang, et cet écoulement dure aussi longtemps que les règles et disparaît en même temps qu'elles. Une fistule hémorragique cataméniale s'est constituée au niveau de la cicatrice opératoire.

L'état général est d'ailleurs excellent, bien meilleur qu'avant l'opération. Les règles sont régulières, l'appétit bon, les divers appareils ne présentent aucun trouble. Cette femme peut travailler à son aise, et cette fistule n'est pour elle qu'une gêne minime.

A l'examen, on aperçoit à l'extrémité inférieure de la cicatrice, un orifice minime de deux millimètres de diamètre environ, obturé par une petite croûte, qui n'est le siège d'aucun phénomène inflammatoire, puisque la peau est d'apparence normale, la cicatrice parfaitement souple et non douloureuse.

Le cathétérisme par stylet permet de suivre un trajet ascendant sur une longueur de deux centimètres, mais n'apporte aucune autre donnée. Pour avoir des renseignements plus précis, on fait un examen radioscopique, avec injection de lipiodol par l'orifice fistuleux : le trajet apparaît ainsi, d'abord oblique ascendant externe, puis se recourbe en dedans et vers la profondeur et se termine dans la cavité péritonéale, puisque le lipiodol injecté se collecte dans le cul-de-sac de Douglas. Il n'a pas été possible de savoir si le trajet communique avec la cavité utérine.

Deuxième intervention (15 décembre 1931). — Extirpation en bloc du trajet fistuleux jusqu'au péritoine; ligature à la base. Suture sans drainage.

Quelques jours après, la malade revient chez elle guérie et sans fistule.

L'examen anatomo-pathologique du fragment extirpé indique

l'absence de cellules de la trompe, mais la présence de tissu fibro-caséeux avec tubercules à cellules géantes (Prof. Sabrazès).

La malade, considérée comme guérie, a présenté huit mois après cette dernière intervention une réouverture de l'orifice externe de son trajet. Une seule injection de chlorydrate double de quinine et d'urée suffit à arrêter la récidiye commençante.

Observation II

Cas de M. Pettrignani (de La Rochelle).
rapporté par M. Jeanneney

Mme R..., 32 ans, sans enfant, consulte en mai 1931 pour une grosseur dans l'aîne gauche. A l'examen on trouve : d'une part, une hernie inguinale banale et réductible et , d'autre part, du même côté de la hernie, une petite masse de la grosseur d'une noix, siégeant dans le canal inguinal, fixe, légèrement douloureuse. On porte le diagnostic de kyste du canal de Nück avec hernie inguinale. Rien de l'autre côté.

Femme par ailleurs bien portante et bien réglée.

La malade est opérée le 14 mai 1931. On reconnaît après l'ouverture du canal inguinal : 1° une hernie épiploïque simple; 2° une tumeur kystique siégeant au-dessous et en dedans de la hernie, adhérent intimement au ligament rond d'une part, à la paroi supérieure du canal d'autre part. Pour disséquer la tumeur, on est obligé de désinsérer le ligament rond et de couper à même dans le tendon conjoint. Au cours de cette dissection, le kyste se rompt. Il s'en écoule un liquide chocolat, visqueux, sans odeur. Après excision complète de la poche, on pratique la cure radicale de la hernie et on ferme la paroi avec un drainage filiforme aux crins de Florence.

Les suites opératoires furent satisfaisantes. Le drainage est supprimé le quatrième jour et la réunion obtenue sans incident.

Quelques mois après nous revoyons la malade, qui rapporte que, dans l'angle inférieur de la plaie, est apparue une petite grosseur au moment des règles, suivie bientôt de l'apparition à ce niveau d'un écoulement sanguin de même nature quant à la couleur et à l'odeur que le sang menstruel et qui ne cesse qu'avec la terminaison des règles. Une petite croûte reste en permanence sur l'orifice fistuleux. La malade n'attacha pas d'autre importance à cet incident, mais comme il se reproduisit fidèlement à l'occasion des époques suivantes, elle finit par s'en inquiéter.

En novembre 1931, soit six mois après la première intervention, nous intervenons à nouveau. Sous anesthésie locale, on pratique une extirpation large de la fistule et des régions avoisinantes suspectes. Curettage, attouchement au chlorure de zinc; fermeture complète, sans drainage. La guérison est obtenue par première intention.

Nous perdons de vue la malade pendant sept mois, soit jusqu'en

juin 1932. A cette époque elle revient nous voir pour nouvelle grosseur dans la région inguino-crurale gauche. Nous diagnostiquons sans peine une hernie crurale. Nouvelle intervention. Cure radicale de la hernie crurale. Fermeture de l'anneau au catgut chromé (nous n'avons pas osé employer comme nous le faisons d'habitude le crin de Florence perdu).

Dans les suites opératoires, il faut noter l'apparition d'un hématome qui fut évacué et drainé. La guérison survint dans les délais normaux, mais à la première période menstruelle une nouvelle fistule hémorragique apparut dans l'angle inférieur de la plaie. Nous avons suivi son évolution pendant trois mois.

Entre les périodes menstruelles, le trajet fistuleux donnait lieu à un écoulement séro-purulent peu abondant. Au moment des règles, le sang venait assez abondamment pour nécessiter un pansement important. Nous avons essayé d'injecter dans le trajet fistuleux, différents liquides modificateurs : chlorure de zinc, nitrate d'argent, lipiodol, etc... Pas de changement. La malade se refusant à une intervention un peu plus large, nous nous sommes borné à mettre le trajet fistuleux à plat. La longueur est de 6 centimètres environ. La fistule est borgne; elle se trouve dans l'épaisseur de la cicatrice opératoire (inguinale pour les trois interventions). Ses parois sont épaissies, mais la cavité est lisse.

Faute d'un examen histologique, force nous est de nous contenter actuellement d'une impression macroscopique et clinique. Il nous semble que la tuberculose peut être en cause dans ce cas et que la guérison ne saurait être obtenue que par une intervention très large supprimant radicalement tous les tissus suspects. Même acceptée par la malade, une telle intervention, d'ailleurs, se présente comme très épineuse, étant donné les remaniements opératoires subis à plusieurs reprises par cette région.

Discussion. — Le rapport de cette observation à la Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest fut suivi d'une discussion intéressante touchant l'origine de cette fistule cataméniale récidivante. Pour notre part, nous nous rangeons à l'hypothèse de M. Charbonnel, et nous croyons qu'il s'agit dans ce cas d'une fistule d'origine endométriale : la petite tumeur enlevée lors de la première intervention augmentait de volume à chaque période menstruelle et ce caractère est un des meilleurs signes de diagnostic d'endométrisme. D'autre part nous trouvons signalée cette localisation des endométrioses dans la portion inguinale du ligament rond par Cullen qui décrit un cas en 1896, par von Recklinghausen en 1896, par Blumer en 1898, par de Josselin de Jong en 1905, et par Lecène qui en rapporte deux cas.

Observation III

Cas de fistule menstruelle compliquée de fistule stercorale
(publié par Mesa)

Femme de 27 ans se plaignant d'une petite fistule au niveau de l'abdomen, à la partie inférieure d'une cicatrice de laparotomie médiane sous-ombilicale faite pour appendicectomie et salpingectomie à gauche (lésions bacillaires des annexes). Par cette fistule s'écoule une sécrétion sanglante noire pendant ses périodes menstruelles; dans l'intervalle de celles-ci, s'écoulent une sécrétion purulente, et des gaz et des matières fécales liquides à l'occasion de chaque prise de purgatif.

L'exploration de la fistule permet l'entrée d'un stylet fin sur un trajet de huit centimètres, se dirigeant en bas et à gauche vers l'annexe.

Intervention : Incision cutanée suivant l'ancienne cicatrice. Dissection minutieuse des anses grêles adhérentes à la paroi. Découverte d'un trajet sous forme d'un cordon dur et résistant, d'un centimètre d'épaisseur, qui se dirige en bas et à gauche dans la direction de l'annexe gauche. Après un trajet de sept centimètres, la fistule se bifurque : une partie, la plus importante, se termine dans la corne utérine, et l'autre partie du trajet exploré au stylet s'ouvre à la limite du rectum et de l'anse sigmoïde. Excision de tout trajet fistuleux jusqu'à son origine.

La malade revue cinq mois après l'intervention est en parfait état, et a des règles normales.

Observation IV

Cas de fistule catamériale due au développement d'un endométriose dans une cicatrice de laparotomie. — Cas emprunté à Ballin).

Femme de 35 ans, vue pour la première fois le 22 juin 1926.

Une fausse couche à 24 ans. Pas d'enfants.

A 31 ans, opération enlevant une tumeur utérine, la trompe et l'ovaire droits. Drainage. Dans la cicatrice, développement progressif et lent d'une tumeur, tumeur qui devient dure et très douloureuse au moment des règles et qui, à ce moment, est le siège d'un écoulement de sang noir. Règles abondantes toutes les trois semaines.

A l'examen : Cicatrice médiane avec à l'angle inférieur, présence d'une masse ronde, surélevée, noire, très tendue, kystique par places, de 5 centimètres de diamètre, adhérente à la peau et aux muscles; en son centre, un petit kyste superficiel avec écoulement de sang brunâtre.

A l'exploration vaginale, on trouve un utérus large, adhérent à la cicatrice à l'endroit de la tumeur.

Diagnostic d'endométriose avec fistule cataméniale.

Opération le 18 octobre 1926 : incision elliptique circonscrivant l'ancienne cicatrice et la tumeur. Celle-ci pénètre toute la paroi et est en relation avec un cordon épiploïque allant au fond de l'utérus. Présence de nombreuses adhérences épiploïques dans tout le bassin; après débridement on trouve un utérus fibroïde gros comme deux poings; hydrosalpinx et ovaire kystique à gauche. Hystérectomie subtotale avec ablation de l'annexe gauche, en laissant un moignon d'ovaire.

A l'examen histologique, endométriose.

Guérison.

Observation V

Cas de fistule cataméniale par développement d'endométriose au niveau de l'ombilic. Cas emprunté à Fritz Busser, Van der Host et Drouhard.

Femme de 30 ans présentant au niveau du quadrant inférieur de l'ombilic une petite tumeur de la taille d'un grain de blé portant en son centre un orifice fistuleux en « cul-de-poule » de quelques millimètres de profondeur. Cette tumeur, dit la malade, a toujours existé; depuis deux ans elle augmentait de volume au moment de la période menstruelle, devenait sensible à la pression et laissait suinter du sang.

Ablation de la tumeur.

A l'examen histologique, nombreux tubes glandulaires ramifiés parfois sinueux et avec parfois des dilatations kystiques; l'épithélium de ces tubes est cylindrique, cilié par places. Toutes les cavités épithéliales engainées par un manchon de tissu cytogène ressemblant au chorion utérin. Présence de quelques fibres lisses éparpillées.

Observation VI

(empruntée à la thèse de Nuville, Paris 1910-1911)

Mme X... 21 ans. Primipare. Dernière règles du 15 au 23 août 1909. Entre le 1^{er} juin 1910. Femme rachitique. Le 8 juin, césarienne avec suture aux fils de soie n° 3. Le 19 juin, légère suppuration dans l'angle inférieur de la plaie abdominale où des pointes de feu et des pansements semblent amener la guérison. La femme sort le 16 juillet. Au bout de quelques jours, petit abcès à 2 ou 3 centimètres au-dessus du premier, abcès qui s'ouvrit à la paroi abdominale sur la ligne d'incision; au mois d'août, règles avec écou-

lement de sang par les deux orifices, puis écoulement de pus. La femme rentre à la clinique le 10 novembre : présence de deux brèches dans la cicatrice, très rapprochées l'une de l'autre. Le 14 février 1911, un fil de soie sort par la fistule la plus basse; le 23 février, élimination d'un nouveau fil. Les deux trajets ne communiquent pas entre eux; des lavages avec de l'eau oxygénée ne donnent à peu près rien.

Le 18 mars, intervention : incision du pont cutané séparant les deux fistules, et incision de la paroi abdominale sur 4 à 5 centimètres; cautérisation des deux trajets. Puis pansements au baume du Pérou qui amènent une amélioration nette au 1^{er} mai.

Observation VII

(Empruntée à la thèse de Hureau, Montpellier 1918-1919)

Mme A. M..., 28 ans, réglée à 14 ans, régulièrement; 19 septembre 1910, césarienne : 3 mois après abcès et fistule complète avec sang au moment des règles. En mai 1912, fausse couche de 3 mois, avec élimination de gros caillots de sang par sa fistule. A partir de cette époque il ne s'écoule plus de sang par la fistule, mais seulement de la sérosité purulente. Puis nouvelle grossesse avec dernières règles du 18 au 20 août 1912 : la fistule se ferme peu après. Entre à la Maternité de Nantes le 26 mai 1913; bassin à type infantile; opération césarienne le 29 mai; examen de l'utérus montrant une paroi antérieure mince et fragile; Hystérectomie subtotala avec ablation des ovaires. A l'examen de la pièce, paroi utérine mince sur toute l'étendue de la zone cicatricielle, réduite en certains points au feuillet péritonéal. Bonnes suites opératoires.

Observation VIII

(Coy, *Am. Journal of Obst.* 1899, p. 508)

Mme. X... subit césarienne le 16 juin 1896. Suture profonde aux fils de soie. Après 21 jours, guérison. Une fistule persiste, allant de la cicatrice abdominale à l'utérus. Le sang sort par elle au moment des règles.

Observation IX

(*Zentralblatt f. Gym.* n° 5, 29 janvier 1910, p. 329.)

Mme X..., deuxième pare, 25 ans; une césarienne le 9 février 1906 avec suites de couches normales, sauf à deux ou trois reprises élévation de la température atteignant une fois 39°8. Guérison de la plaie idéale.

Deuxième grossesse trois ans plus tard. Au quatrième mois, vives douleurs abdominales et apparition vers le milieu de la cicatrice d'une fistule par où sortait du sang alors qu'il ne s'en écoulait pas par le vagin. La patiente consulta un médecin qui estima n'avoir rien à faire tant que l'enfant n'est pas viable. Les douleurs se calmèrent bientôt mais du sang continua à suinter aux bords de la fistule. Au septième mois, douleurs à nouveau, plus violentes, nécessitant l'admission à la clinique. On fait une opération césarienne qui permet de constater une rupture utérine. Seules les adhérences avaient empêché l'issue du fœtus dans la cavité abdominale.

Observations X et XI

(Puccioni : *Riv. Ital. di Ginecol.* 1924, III, p. 107)

Premier cas : Après césarienne faite deux ans auparavant au cinquième mois de la grossesse, se forme un abcès de la paroi et puis une fistule d'où sort du pus et, pendant les règles, un peu de sang. Excision de la cicatrice abdominale avec résection de l'épiploon en rapport avec le trajet fistuleux.

Deuxième cas : Après césarienne, formation sur la cicatrice abdominale d'une fistule d'où sort du pus fécaloïde et du sang pendant les règles. Excision de la cicatrice avec trajet fistuleux : le fond utérin, perforé, communique avec l'extérieur et par une autre fistule avec le c'lon sigmoïde.

Intervention conservatrice.

Observations XII à XVII

(Albano : *La Rassegna d'Obstetrica Ginecologia*, 1930, p. 523.)

Premier cas : P. L..., 34 ans, réglée à 16 ans. Règles abondantes non douloureuses, régulières dans leur rythme et quantité, durent cinq jours. Dernières règles le 17 juin 1923, très abondantes, sept jours.

Deux grossesses antérieures avec accouchement artificiel fait à terme pour cause de viciation pelvienne : l'une finie par craniotomie, l'autre par césarienne, en janvier 1923, celle-ci avec suites opératoires fébriles et péritonite pelvienne. En mars, règles régulières ; — le 17 juin, après deux mois de retard, règles très abondantes, sept jours, avec perte de sang par la cicatrice abdominale.

A l'examen, la partie inférieure de la cicatrice de laparotomie montre une solution de continuité de 2 mm. de diamètre d'où sort du pus. L'hystéromètre introduit dans le trajet gagne l'utérus puis le vagin.

Intervention, le 5 août 1923 : excision du trajet fistuleux jus-

qu'à l'utérus; libération des nombreuses adhérences utéro-intestinales; hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.

Deuxième cas : G. R..., 24 ans, réglée à 15 ans; règles régulières.

Deux grossesses à terme avec accouchement artificiel, un avec forceps et craniotomie, et l'autre avec césarienne, le 30 avril 1925. Au mois de février 1927, remarque la formation sur la cicatrice d'une fistule abdominale d'où sort du pus, et du sang au moment des règles. Entre à l'hôpital au mois de mai.

Etude radiologique de la fistule. — Injection dans l'utérus d'environ 15 cc. de sulfate de baryte, le liquide opaque apparaissant alors au niveau de la fistule. Des radios en diverses positions montrent : un utérus parfaitement rempli; au fond de l'utérus, origine d'un trajet de direction oblique vers le haut et en avant, lequel après environ 3 cm. rejoint une cavité de la dimension d'une noix. De là part un second trajet gros comme le petit doigt, trajet à direction supéro-antérieure aussi, qui se retrécissant aboutit à la paroi.

Cure chirurgicale, le 29 août : Laparotomie médiane sous et sus-ombilicale. L'utérus, à 4 cm. de la paroi, est fortement pris dans les adhérences épiploïques et mésentériques. A hauteur de l'isthme utérin, petit foyer purulent; autre petite poche purulente au point où le trajet fistuleux s'ouvre à la paroi. Hystérectomie subtotale. Guérison le 17 septembre.

Troisième cas : Femme de 39 ans, entrée à l'hôpital le 26 mai 1929; nullipare, règles régulières en rythme et quantité. Dernières le 2 mai. Opérée pour fibrome le 28 novembre 1928 : myomectomie; légère hémorragie nécessitant l'application d'un bouchon hémostatique enlevé douze jours après. Le vingt-troisième jour après l'opération, sort de la blessure un liquide abondant et dense légèrement hématique. A chaque retour de règles, apparition de sang par l'orifice fistuleux, mais persistance de règles par la voie génitale.

Cure chirurgicale le 31 mai 1929 : Excision elliptique de la cicatrice antérieure, comprenant les cavités fistuleuses. La cavité abdominale ouverte, on trouve un gros amas d'anses grêles qui adhèrent à la cicatrice de la précédente myomectomie; à droite gros hydrosalpinx. Excision de tout le trajet fistuleux et application d'un Mickulicz dans la cavité rétro-vésicale, constituée en arrière par le bord utérin et la masse intestinale adhérente. Guérison.

Quatrième cas : Femme traitée pour grossesse extra-utérine au deuxième mois; ovariectomie droite. Apparition d'une fistule abdominale d'où sort une sécrétion jaunâtre, sanglante durant les règles. Diagnostic de fistule salpingo-pariétale. Intervention rejetée. Guérison au bout de deux ans, due à la ménopause.

Cinquième cas : Malade avec annexite bilatérale et pelvipéritonite; ovariectomie bilatérale; vingt jours après la guérison s'éta-

blit une solution de continuité de la cicatrice d'où sort un liquide jaunâtre qui devient sanglant au moment des règles. On ouvre l'abdomen et on trouve un moignon tubaire, résidu d'une ancienne salpingectomie, adhérent à la paroi abdominale. Excision du moignon tubaire et du trajet fistuleux. Guérison.

Sixième cas : M. A..., 21 ans, entrée le 27 janvier 1927. Une grossesse avec accouchement prématuré au sixième mois, le 6 mai 1926; le 22 mai 1926, appendicectomie; après opération, douleurs pendant un mois dans fosse iliaque gauche, attribuées à une ovarite et ayant cédé au traitement médical. Durant les règles, douleurs au niveau de la région opérée, avec apparition de quelques gouttes de sang au niveau de l'extrémité inférieure de la cicatrice d'appendicectomie.

Opération le 4 novembre 1927 : Laparotomie médiane sous-ombilicale, excision du moignon tubaire adhérent à la cicatrice de l'incision faite pour appendicectomie. Guérison *per primam*.

Observation XVIII.

Loicq, *Gynécologie et Obstétrique*, 1922.

Femme de 38 ans; 6 accouchements antérieurs dont cinq dystociques (2 hébotomies, 3 forceps). Le 19 novembre 1921, subit césarienne haute classique; la malade revient à l'hôpital le 30 mars 1922, quatre mois et demi après l'opération; elle a été réglée deux fois depuis l'opération et à chaque menstruation, du sang s'est écoulé par la fistule abdominale; elle a éliminé par cette fistule un fil de soie. A l'examen, cicatrice de laparotomie médiane sous-ombilicale; à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, fistule d'un cm. de diamètre. Le corps utérin est augmenté de volume, non mobile, adhérent à la paroi abdominale au niveau de la fistule pariétale. Une sonde urétérale introduite par la fistule pariétale s'engage facilement dans le trajet et sans aucun effort de poussée ressort par l'orifice externe du col et par le vagin.

Le 7 avril 1922, *opération* : hystérectomie subtotale parce que ovaires polykystiques et trompes épaissies adhérentes dans le Douglas. Guérison.

Observation XIX.

(Devraigne, Paul Banzet et Mayer, *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1930.)

Mme L. R..., 28 ans, deuxième geste de trois mois, entre en juillet 1929. Césarienne, cinq ans auparavant, suivie de fistule avec écoulement de sang menstruel ne gênant pas la malade. A l'examen, utérus accolé à la paroi dans la zone fistuleuse et dont les essais de mobilisation sont très douloureux et inefficaces. La femme

refuse l'opération. Elle revient en janvier 1930, la poche des eaux étant rompue depuis douze heures. La fistule persiste et les adhérences faisant craindre le risque de rupture utérine, on fait l'accouchement artificiel suivi d'hystérectomie.

A l'examen histologique, le trajet est formé d'un tissu conjonctif dense très pauvre en éléments cellulaires, tissu de cicatrice sans tendance à la guérison spontanée.

Observation XX

Favreau et Lafargue : (*Presse Médicale*, janvier 1928.)

Jeune femme rachitique, ayant subi deux césariennes corporeales, qui présenta quelques mois après la deuxième césarienne une fistule utéro-pariétale par laquelle s'écoulait régulièrement le flux menstruel. Hystérectomie fundique lui conservant annexes et menstruation un peu diminuée.

Observation XXI

(Tortora et Sauvitale; *Rassagua d'Obstetrica Ginecologia*, 1930.)

Storia-Cristina B..., 39 ans, à l'âge de 23 ans subit laparotomie pour ovariectomie et hystéropexie; une deuxième laparotomie fut pratiquée un an après. Ces deux interventions avaient laissé une cicatrice linéaire assez large à ses deux extrémités et à son milieu et présentant en son milieu un affaissement d'une profondeur d'un à deux centimètres; à ce niveau la cicatrice adhère aux plans et organes sous-jacents unis en une masse fibreuse.

En 1928, 16 ans après la première intervention, apparaît, sans cause appréciable, une inflammation de la cicatrice abdominale au niveau de la partie adhérente. En même temps, la cicatrice, ombiliquée auparavant, se soulève, devient proéminente, et au bout de 15 jours donne issue à une petite quantité de pus; quelques jours après survint la menstruation et on vit sortir une partie du sang menstruel par la blessure abdominale; ce phénomène se répéta lors de toutes les périodes suivantes. A l'inspection, on constata la présence, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, d'une fistule large d'environ 5 millimètres, entourée d'une zone de peau chroniquement rouge, et d'où, dans les périodes intermenstruelles, s'écoule une sécrétion muco-purulente.

Le traitement consista en dilatation du col, lavages vaginaux et cautérisation du trajet fistuleux et amena rapidement une guérison complète.

Observations XXII et XXIII

(Ballin : *Surgery Gyn. and Obst.* 1928.)

Premier Cas : G. M... 27 ans entre à l'hôpital le 1^{er} février 1924 se plaignant d'un écoulement périodique de sang par une fistule au niveau d'une cicatrice abdominale. Opérée six ans auparavant : laparotomie médiane pour ovariectomie gauche. Une fistule suivit cette opération, fistule saignant presque tout le temps, mais l'écoulement sanguin devenant plus abondant au moment des règles. Le *traitement* consiste à circonscrire par une incision elliptique la fistule et la cicatrice. Dans celle-ci on trouva un endométriose typique avec lacs sanguins. Le trajet fistuleux conduisait au fond utérin. Plusieurs anses intestinales adhéraient au trajet. Excision du trajet à partir de l'utérus.

Deuxième Cas : V. I..., vue en mai 1927, a subi six ans auparavant une ovariectomie gauche. Dans l'angle inférieur de la cicatrice de laparotomie, il y a une masse dure, irrégulière, saignant au moment des règles. Cette tumeur devient douloureuse au moment des règles et cette douleur n'est calmée que par l'ouverture d'un kyste sanguin.

Opération le 25 mai 1927 : Dissection de toute la masse endométriale pénétrant d'une façon diffuse dans le muscle droit et communiquant avec un ovaire kystique droit; appendice noyé dans les adhérences; excision de toute la masse. Guérison.

Observation XXIV.

(German : *Surgery Gyn. and Obst.* 1928.)

Femme de 28 ans, quatre ans et demi avant, césarienne; quinze mois avant son entrée à l'hôpital, elle a noté deux renflements dans sa cicatrice de laparotomie : l'un dans la cicatrice elle-même au-dessus de l'ombilic et l'autre au-dessous de l'ombilic et un peu à gauche comme s'il était apparu dans le trou d'un point de suture. Ces deux petites masses grandirent très lentement, la plus grande n'ayant qu'un centimètre de diamètre au moment de l'examen. Elles deviennent très tendues et douloureuses à chaque période menstruelle, et à ce moment l'une d'elles donnait naissance à un léger écoulement sanguin après lequel subsistait une ecchymose de la peau environnante, qui graduellement s'effaçait.

A l'opération, on trouve les nodules, contenant plusieurs lacs sanguins, en relation avec l'utérus. L'examen microscopique révèle un endométriose.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Qu'elles soient dues à la persistance d'une communication de la paroi avec l'utérus ou les annexes, ou qu'elles proviennent d'endométriomes, toutes les fistules hémorragiques cataméniales se caractérisent, ainsi que leur définition le fait prévoir, par un symptôme capital : l'*écoulement de sang* par la fistule, écoulement sanguin qui est périodique, son début coïncidant en général avec l'apparition des règles et sa fin avec leur cessation.

L'importance de cet écoulement sanguin est d'ailleurs tout à fait variable : minime quand il s'agit de fistules d'ordre endométrial, pouvant même dans ces cas se réduire à quelques gouttes de sang, il peut être très abondant quand la communication interutéro-pariétale est très large et qu'en outre il existe une sténose au niveau du col par antéflexion prononcée de l'utérus.

Ce signe capital est le seul qui soit commun aux deux grandes classes de fistules menstruelles. D'autres symptômes secondaires, mais bien différenciés, font faire facilement le diagnostic de l'une ou l'autre catégorie de fistules.

Fistules par communication de la paroi avec le tractus génital.

Nous avons déjà signalé l'abondance de l'écoulement sanguin menstruel, mais il existe nombre de cas dans lesquels cet écoulement se réduit aussi à quelques gouttes de sang ne s'échappant qu'à la phase culminante des règles.

L'*interrogatoire* de la malade est alors d'un intérêt tout

à fait particulier : La malade raconte que quelques jours ou quelques semaines auparavant elle a subi une opération portant soit sur l'utérus soit sur les annexes, que dans les suites opératoires elle a été prise d'une légère fièvre, qu'un abcès s'est constitué et s'est vidé par sa plaie opératoire, qu'une fistule s'est constituée par où s'échappait un liquide séro-purulent et par laquelle elle a été frappée de voir s'écouler du sang lors des premières époques qui ont suivi l'apparition de la fistule.

L'inspection de la fistule dans l'intervalle des règles y décèle, d'une manière non constante mais assez fréquente, un léger suintement séro-purulent ; exceptionnellement on trouve à son niveau des matières fécaloïdes.

La palpation des plans sous-jacents à la fistule révèle souvent l'existence d'un empâtement profond, et le *toucher vaginal* permet de préciser que l'utérus est antéfléchi, que sa mobilisation est douloureuse et que les mouvements qu'on lui fait subir se transmettent au niveau de la fistule.

L'exploration vagino-abdominale peut aussi contribuer à éclaircir un diagnostic douteux quand la main arrive à apprécier un cordon douloureux et épais qui d'un bord de l'utérus se dirige en haut et en avant vers l'orifice fistuleux cutané.

Des épreuves complémentaires pourront ensuite être nécessaires pour établir le diagnostic soit de fistule salpingo-pariétale, soit de fistule utéro-pariétale : certes l'anamnèse aura ici encore son importance en nous apprenant que l'intervention chirurgicale antérieure a porté sur l'utérus ou sur les annexes.

Mais seule la *radiographie* pourra dans bien des cas trancher un diagnostic incertain. On fait une injection de liquide opaque (lipiodol), remplissant la cavité utérine et une autre injection dans le trajet fistuleux, et on prend la radiographie en position latérale : S'agit-il de fistule utéro-pariétale, aucune discontinuité n'existe entre la cavité utérine et la cavité de la fistule ; s'agit-il au contraire de fis-

tule salpingo-pariétale ou oo-pariétale, deux *images* radiographiques pourront être observées : ou bien une plage claire s'interpose entre les deux zones opaques, ou bien le lipiodol dessine nettement la communication du trajet fistuleux avec l'utérus par l'intermédiaire de la trompe. Dans les cas où le trajet fistuleux est presque capillaire, la pression avec laquelle le liquide opaque est injecté peut ne pas être suffisante pour vaincre la résistance offerte par le rétrécissement du trajet. Il convient alors d'introduire un cathéter opaque qui montre la continuité du trajet de la fistule avec la cavité utérine.

Diverses autres méthodes d'exploration ont été utilisées par plusieurs auteurs :

Ainsi l'introduction dans le trajet abdominal d'un cathéter urétéral qui ressort par le vagin permet d'affirmer la communication interutéro-pariétale.

Puccioni introduit une sonde métallique dans le trajet abdominal et un hystéromètre par le canal cervical et il perçoit le choc des deux instruments se rencontrant dans la cavité utérine ; Tessier et Patti ont utilisé le même procédé.

Hergott fit le diagnostic de fistule utéro-pariétale parce qu'après avoir injecté du permanganate de potasse dans la cavité utérine, il vit le liquide ressortir par l'orifice pariétal ; et Albano recommande dans le même but les injections de lait ou d'une solution de bleu de méthylène.

Fistules d'origine endométriale.

Tous ces divers procédés ne sont dans ces cas d'aucune utilité. L'interrogatoire de la malade conserve ici encore toute sa valeur : l'histoire en est d'habitude la suivante : Quelques années auparavant la malade a subi soit une hystéropexie, soit une césarienne, soit une laparotomie pour rupture de grossesse tubaire comme dans le cas de Labry.

Plus rarement il s'agit du développement spontané d'une petite tumeur dont le siège le plus fréquent est l'ombilic. Et surtout la malade insiste sur le fait que cette grosseur devient tendue et très *douloureuse* au moment des règles, la douleur étant un très bon signe d'endométriome non compliqué de fistule menstruelle.

En même temps qu'elle devient douloureuse, la petite tumeur augmente de volume, et la coloration des téguments à son niveau change : les téguments deviennent bleuâtres, violacés, et après l'écoulement menstruel on a signalé « la persistance d'une ecchymose sur la peau environnante qui graduellement s'effaçait » (German).

La *palpation* de ces tumeurs au moment de la période menstruelle fait constater qu'elles sont tendues, rénitentes et douloureuses à la pression ; si un examen antérieur a été pratiqué on s'aperçoit que la tumeur a augmenté de volume.

Le volume de ces endométriomes est très variable : German cite le cas d'une femme chez laquelle étaient apparus deux endométriomes dont le plus gros n'avait qu'un centimètre de diamètre, et dans le cas de Labry la tumeur atteignait le volume d'une orange.

Un examen minutieux permet parfois de déceler des kystes par places, et Ballin rapporte que, dans un cas, l'ouverture d'un de ces kystes sanguins calmait la douleur au moment des règles.

Les endométriomes compliqués de fistule cataméniale sont, nous l'avons vu, presque toujours des endométriomes développés au niveau d'une cicatrice opératoire, et alors sont en relation plus ou moins étroite avec l'utérus ou un ovaire kystique. L'exploration par le toucher vaginal combiné au palper abdominal renseigne sur les connexions de la tumeur avec l'utérus : tantôt l'utérus adhère à la cicatrice opératoire au niveau de la petite tumeur et tantôt c'est un trajet fistuleux qui relie le fond utérin à la tumeur, et ce trajet peut alors contracter des adhérences avec l'épi-

ploon et les anses intestinales. Dans les cas exceptionnels d'endométriomes spontanés avec fistule menstruelle, il y a indépendance complète entre la tumeur et l'utérus.

Toutes ces fistules peuvent n'avoir aucun retentissement sur l'état général des malades : il faut noter pourtant qu'elles peuvent influencer sur le psychisme de certaines femmes qui, même après une opération radicale, vivent dans la hantise de la réapparition du petit écoulement menstruel au niveau de leur paroi abdominale.

ÉVOLUTION. PRONOSTIC

Liées au fonctionnement de l'appareil génital de la femme, toutes les fistules hémorragiques cataméniales ont une évolution très longue, mais comportent pour les unes comme pour les autres un pronostic bénin : rares en effet sont les complications qui surviennent au cours de leur évolution. Nous avons déjà mentionné la possibilité de fistule stercorale accompagnant la fistule hémorragique, mais cette éventualité est exceptionnelle et ne se trouve réalisée que dans les fistules dues à un processus infectieux.

L'infection, cause la plus fréquente des fistules menstruelles, peut en outre être le point de départ d'autres complications, très rares elles aussi, telles que la péritonite, et, dans le cas de Léopold, la thrombo-phlébite des veines utérines suivies de mort. La rareté de ces complications septiques s'explique par le fait qu'il se crée des adhérences autour du trajet fistuleux ainsi isolé de la grande cavité péritonéale.

Ces adhérences amenant une antéflexion de l'utérus et des coudures de la trompe peuvent être une cause de stérilité.

A l'occasion de la grossesse, certaines complications ont été signalées : Hureau cite un cas d'avortement au troisième mois, et Doléris et Richter ont observé la rupture de l'utérus au point fistulisé au septième mois de la grossesse. Il importe de remarquer pourtant que d'ordinaire l'utérus résiste bien malgré la minceur de ses parois.

Au moment du travail, les adhérences peuvent être une cause de lenteur du travail, d'irrégularité, de faiblesse ou

de défaut de contractions utérines, de lenteur et même de défaut d'engagement.

L'évolution des fistules cataméniales peut au contraire dans certains cas être influencée favorablement par la grossesse : Lepage cite un cas de guérison spontanée au sixième mois de la grossesse, et Hureau rapporte les faits suivants : « Une femme atteinte de fistule menstruelle devient enceinte une première fois ; avortement au troisième mois, qui est suivi de la cicatrisation de l'orifice interne de la fistule ; une autre grossesse en amène la fermeture complète », Et il donne l'explication de cette heureuse influence de la grossesse : « Il semble, écrit-il, que l'hyperplasie et la congestion de l'utérus arrêtent, du moins pour une certaine durée, le processus inflammatoire et l'infection et par là même tarit la fistule. »

Mais la guérison spontanée des fistules hémorragiques cataméniales est l'exception : leur évolution se fait d'ordinaire vers la chronicité, sans qu'elles subissent de modification appréciable. On a parfois l'illusion que la fistule s'est fermée, mais après peu de jours, la sécrétion reparait. Plusieurs facteurs doivent être invoqués pour expliquer la non-oblitération de la lumière de ces fistules : l'action de la sécrétion séro-purulente qui la traverse, la présence dans la profondeur de cavités accessoires où du pus se forme d'une façon constante, la longueur et l'irrégularité du trajet et le peu de vascularisation de ses parois.

Au moment de la ménopause, l'écoulement sanguin est, de toute évidence, tari, et Rio a publié un cas de guérison spontanée à la ménopause, mais c'est une exception, car c'est le processus infectieux qui intervient avant tout, si bien qu'à la ménopause la fistule d'hémorragique devient uniquement séro-purulente.

Cette éventualité de guérison spontanée à la ménopause semblerait, au contraire, devoir être la règle pour les fistules d'origine endométriale ; ici en effet, c'est la fonction ovarienne qui intervient pour déterminer le processus

hémorragique, et Keene, en amenant la guérison par double ovariectomie, l'a bien mis en évidence. Mais il ne nous a pas été possible de relever de publications concernant une pareille évolution, de même que nous n'avons pas trouvé de cas de dégénérescence maligne d'endométriomes avec fistule cataméniale : et l'explication en est sans doute dans le fait que la malade souffre et voit sa tumeur grossir au moment de ses règles, ce qui la conduit plus volontiers au chirurgien qui en pratique l'exérèse et qui en arrête ainsi pour toujours l'évolution, sauf les cas de récurrence si l'opération n'a pas été assez large.

La *récurrence* après le traitement est à signaler aussi dans l'évolution des fistules cataméniales d'origine infectieuse : telle la récurrence, huit mois après l'intervention chirurgicale, signalée par Jeanneney.

TRAITEMENT

Le traitement des fistules hémorragiques cataméniales peut être en partie *préventif*, la prophylaxie pouvant s'exercer aussi bien pour les deux sortes de fistules. La césarienne corporéale en étant la cause la plus fréquente, leur prophylaxie consistera dans la pratique de la césarienne basse dont les avantages l'ont fait adoptée aujourd'hui par la totalité des accoucheurs : « Supériorité de la césarienne basse parce que : la plaie siège dans une partie de l'utérus qui se contracte peu, l'incision de l'utérus est faite dans un territoire très peu vascularisé, les parois de la plaie sont minces et donc plus faciles à suturer, la situation de la plaie utérine est telle que des adhérences à l'intestin, à l'épiploon et à la paroi abdominale sont presque impossibles, la péritonisation est plus facile et plus parfaite » (Loicq).

L'*infection* est l'élément dominant de l'étiologie des fistules cataméniales : il nous paraît inutile aujourd'hui d'insister sur le besoin de l'asepsie la plus rigoureuse au cours des opérations, de même que sur la contre-indication de la césarienne haute quand il y a de l'infection utérine. L'emploi de *fils non résorbables* ne devra plus pouvoir être invoqué, car la supériorité des fils résorbables a fait adopter ceux-ci dans toutes les opérations portant sur l'utérus.

Les causes favorisantes de la genèse des endométrïomes sont les sutures pénétrant la cavité utérine et fixant le fond utérin à la paroi, et aussi toutes les opérations mettant les surfaces à nu de l'utérus, de la trompe et des ovaires en contact avec la paroi ; les endométrïomes, et par suite les

fistules qui en proviennent, pourront être en partie évités en donnant la préférence à l'hystéropexie isthmique et en pratiquant toujours une bonne péritonisation du moignon des trompes.

Une fois la fistule menstruelle constituée, la question du traitement curatif se pose et dans ce domaine plusieurs techniques ont été proposées et utilisées.

Le *traitement médical* a pu, dans certains cas, être employé avec succès : il consiste dans l'instillation le long du trajet de divers liquides modificateurs : des guérisons ont pu être obtenues par instillations de teinture d'iode, d'azotate d'argent, de chlorure de zinc par cautérisation du trajet au thermocautère, et Jeanneney signale le succès dû à une seule injection de chlorhydrate double de quinine et d'urée dans le cas d'un début de récurrence. Mais ce traitement médical n'est le plus souvent qu'aléatoire ; la tortuosité des trajets ainsi que la présence de cavités accessoires expliquent le plus souvent son échec. De plus, il est de toute évidence que son emploi ne peut s'appliquer aux cas de fistules d'origine endométriale.

Ces fistules pourraient pourtant peut-être bénéficier d'un traitement médical, car il nous semble qu'il est permis dans ces cas de suggérer la possibilité d'un *traitement par le radium* : nous n'avons vu signaler nulle part un pareil traitement pour les endométriomes, mais il ne nous paraît pas illogique de penser que des tubes de radium placés en pleine tumeur n'en amènent la disparition totale.

Le *traitement chirurgical* est le plus couramment utilisé ; en effet, « le plus souvent, il est indispensable de suivre le trajet fistuleux jusque dans la cavité abdominale en faisant une véritable laparotomie. Seule cette opération large permettrait d'isoler de la paroi le moignon tubaire, en cause dans les fistules secondaires à une oosalpingectomie, le bourgeon épiploïque saignant qui pourrait être suturé à la trompe pour éviter une nouvelle ouverture à la paroi. La cure de ces fistules doit donc être une intervention large

intrapéritonéale jusqu'à ce qu'on ait découvert, comme pour toute fistule, leur origine réelle » (Jeanneney).

Excision totale du trajet depuis la paroi abdominale jusqu'à son origine interne, tel doit être le traitement de choix de toute fistule hémorragique cataméniale. Cette opération large offre aussi l'avantage de présenter le maximum de facilité de dissection des adhérences souvent nombreuses que la paroi et le trajet fistuleux ont contractées, soit avec les anses intestinales, soit avec l'épiploon.

L'origine de la fistule commande le choix du mode opératoire : on fera l'excision totale de la trompe ou du moignon tubaire fistulisé et adhérent, excision allant jusqu'à la corne utérine, dans le cas de fistule salpingo-pariétale ; la résection cunéiforme de l'utérus suivie de réfection particulièrement soignée de la paroi utérine s'il s'agit de fistule utéro-pariétale ; enfin la fistule d'origine endométriale commande l'exérèse large et totale de tout l'endométriome, car, dans ce cas plus que dans tous les autres, les récidives sont à craindre.

Si la fistule cataméniale est compliquée de fistule stercorale, il conviendra de faire une entérectomie complémentaire.

Chez certaines femmes approchant de la ménopause ou présentant des lésions particulièrement étendues de l'utérus et des annexes, des interventions plus radicales ont été pratiquées par certains auteurs qui ont eu recours à l'*hystérectomie subtotal*.

Signalons enfin que Keene a pratiqué la *double ovariectomie* dans un cas d'endométriome compliqué de fistule menstruelle. Il nous semble toutefois que de tels procédés opératoires (hystérectomie ou ovariectomie double) doivent être des procédés d'exception dans des cas où une simple exérèse, soit du trajet, soit de l'endométriome, suffit pour guérir une infirmité légère et permet à la femme de conserver ses fonctions menstruelles et la possibilité de grossesse.

CONCLUSIONS

Les fistules hémorragiques cataméniales constituent une affection rare ; elles siègent à peu près exclusivement au niveau de la paroi abdominale.

Leur *origine génitale* doit être admise dans tous les cas : elles proviennent soit d'une communication de l'utérus ou des annexes avec la paroi, soit du développement d'un endométriome sur une cicatrice opératoire, les cas de fistulation des endométriomes spontanés étant exceptionnels.

L'*infection* est la cause déterminante des fistules salpingopariétales et des fistules utéro-pariétales, il peut s'agir d'infection banale ou assez souvent d'infection tuberculeuse (Obs. I, III) ; les endométriomes post-opératoires sont expliqués par la théorie de Sampson, c'est-à-dire par la greffe de cellules endométriales au niveau des lèvres de la cicatrice de laparotomie.

La trajet interutero-pariétal ou intersalpingo-pariétal est un trajet fibreux d'origine inflammatoire entouré de nombreuses adhérences ; la *fistule d'origine endométriale* est en communication avec une tumeur dans laquelle l'examen histologique permet de reconnaître un tissu en tous points semblables à celui de la muqueuse utérine et parfois d'y rencontrer une *réaction déciduale*.

Le signe pathognomonique de ces fistules est l'écoulement périodique de sang coïncidant avec la menstruation, et s'il s'agit d'une fistule endométriale il y a alors augmentation du volume de la tumeur qui devient très douloureuse.

Ces fistules ont une évolution longue, rebelle, donnent rarement des complications, mais n'évoluent à peu près jamais vers la guérison spontanée.

Leur pronostic est très bénin, et il ne s'agit que d'une infirmité légère, sauf dans les cas exceptionnels de coexistence de fistule stercorale.

Leur traitement doit consister en une résection large, intrapéritonéale, de toute la tumeur ou de tout le trajet, faute de quoi on s'expose à des récidives. Le traitement par le radium pourra d'abord être essayé dans les cas où des fistules sont entretenues par un endométrioïde.

Vu,
Le Doyen.
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 novembre 1933
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER,

BIBLIOGRAPHIE

- Albano.** — « Sulle Fistole genito-abdominali », *La Rassegna d'Obstetrica Ginecologia*, 1930, p. 523-545.
- Audebert.** — Compte rendu Soc. Obstr. et Gyn., 1911.
- Aubert.** — « Deux cas d'endométriome de l'ombilic », 1^{er} Congrès français de Gynécologie, oct. 1931.
- Ballin (L.).** — « Menstrual fistulæ of postoperative and endometrial origin », *Surgery Gynecology and Obstetrics*, p. 525-535, 7 figures, avril 1928.
- Berkeley (C.).** — « Endometrial tumor of Laparotomy scar », *Journal Obst. and Gynaec. British Empire*, 1926, XXXIII, 657.
- Brady (L.).** — « Menstruation through utero abdominal fistula following pelvic laparotomy », *Bul. school. Med. U., Maryland*, 15, 73-80, octobre 1930.
- Cullen (T.-S.).** — « Further remarks on adenomyoma of the round ligament », *Johns Hopkins, Hosp. Bull., Balt.*, 1898, ix 142.
— « Adenomyoma of the recto-vaginal septum », *J. Am. Ass. Chicago*, 1914, LXII, 835-839.
- Davis e Cron.** — « A contribution to the a study of endometriosa », *Am. J. Obst. and Gyn.*, 1926, XII, 526.
- Davies (R.).** — « Wandering endometrioma », *Med. J. Australia*, 1927, I, 373.
- Deverre (M. J.).** — « Une ancienne périmétrosalpingite suppurée et fistule ombilicale. Hystérectomie subtotale. Guérison », *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1920, XV, 448.
- Devraigne, Paul Banzet et Maurice Mayer.** — Quatre cas de fistules utéro-pariétales après opération césarienne, avec étude histologique », *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn.*, 2 juin 1930, p. 403-409, 2 fig.
- Dossena (G.).** — « Neoformazioni sperimentali da autotrapianto di mucosa uterina », *Tumori*, Roma, 1926, 291-318.
- Duvergey (J.) et Dax.** — « Pyosalpinx fistulisée dans la vessie, instillations d'azotate d'argent dans la trompe à travers la vessie. Guérison », *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1923, xcv, 187.
- Favreau et Lafargue.** — « Fistule utéro-pariétale après opération césarienne », *Presse Médicale*, 25 janvier 1928, p. 104.

- Fritz Busser, Van der Horst et Dreuhard.** — « Endométrisme de l'ombilic », *Annales d'Anatomie pathologique*, février 1928, p. 229-231.
- Germann.** — « Endometrial adenomata in abdominal scar following cæsarean section », *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, novembre 1928, p. 710-712, 2 pl.
- Goddard (S. W.).** — « Two umbilical tumors of probable uterine origin », *Surgery Gyn. and Obst.*, Chicago, 1909, IX, 249-252.
- Heaney (N. S.).** — « Adenomas of endometrial origin in laparotomy scars following incision of the pregnant uterus », *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1923, X, 625.
- Henry (J. V.).** — « Endometrial growth in right labium majus », *Surgery Gyn. and Obst.*, 1927, XLIV, 637.
- Herrgott (A.).** — « Quelques considérations sur les sutures dans l'opération césarienne », *Ann. de Gyn. et Obst.*, Paris, 1909, 2, s. VI, 690-698.
- Holland.** — « Methods of performing caesarean section », *J. Obst. and Gynaec., Brit. Emp.*, 1921, XXVIII, 349.
- Hureau (G.).** — *Contribution à l'étude des fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne conservatrice*, thèse Montpellier, 1918-1919, 43 pages.
- Jacobson (V.C.).** — « The intraperitoneal transplantation of endometrial tissue; an experimental study », *Arch. Pathol.*, Chicago, 1926, I, 169-174, 9 pl.
- Jayle (F.).** — « Le solénoïde du ventre de la femme », *Revue française de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1926, XXI, 285-328, et 333-392, 49 fig.
- Jeanneney (G.) et Laporte (F.).** — « Un cas de fistule hémorragique cataméniale. Hernie d'une trompe infectée. Fixation du moignon tubaire sous la paroi. Fistule secondaire », *Journal de Médecine de Bordeaux* du 30 mai 1932.
- Jeanneney.** — « Rapport d'un cas de fistule abdominale hémorragique cataméniale récidivante observée par M. Petrignani (de la Rochelle) », *Bordeaux Chirurgical*, n° 1, janvier 1933, p. 89-92.
- Jeanneret (R.).** — « Note sur les endométrismes », *Revue Médicale de la Suisse romande*, n° 14, 25 novembre 1926, p. 866-879, 2 fig.
- Keene (F.-E.).** — « Perforating ovarian cysts with invasion of bladder wall », *Am. J. Obst. and Gynaec.*, 1925, X, 619.
- Labry.** — « Endométrisme de la paroi abdominale », *Presse médicale*, 27 juillet 1929, p. 982.
- Lebasteur (F.).** — *Contribution à l'étude des fistules abdominales hémorragiques consécutives à la laparotomie*, thèse Paris 1901-1902.
- Lepage.** — « Fistule utérine après césarienne chez une femme ayant un bassin oblique ovalaire; nouvelle grossesse : césari-

- rienne suivie d'hystérectomie », *Presse médicale*, 21 décembre 1910, p. 967.
- Lochrane.** — « Endometrial adenoma of abdominal wall », *J. Obst. et Gynaec. Brit. Emp.*, 1923, XXX, p. 213.
- Loieq (R.).** — « Fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne conservatrice », *Gynécologie et Obstétrique*, 1922, tome VI, n° 5, p. 322-329, 2 fig.
- Mahle (A. E.) et Mac Carty (W. C.).** — « Ectopic adenomyoma of the uterus », *Collected papers*, Mayo Clinic, 1919, XI, 335.
- Masson.** — « Diagnostics de laboratoire. Tumeurs », *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent, Rabuteau, Dumas, Babonneix*, XXVII, page 511.
- Mesa (C.).** — « Sobre un caso de fistula menstrual abdominal » *Semana medica*, 3 janvier 1929, p. 23-25, 1 fig.
- Nicholson (G. U.).** — « Endometrial tumors of laparotomy scars », *J. Obst. et Gynaec. Brit. Emp.*, 1926, XXXIII, 620.
- Novak (E.).** — « Significance of uterine mucosa in fallopian tube with discussion of origin of aberrant endometrium », *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1926, XII, 484.
- Nuville (J. M.).** — *Des fistules utéro-pariétales consécutives à une opération césarienne*, thèse Paris, 1910-1911.
- Oberling (Ch.).** — « Les endométriomes », *Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale*, tome I, n° 5, sept. 1924, p. 541.
- Puccioni.** — « Fistole utero-parietali », *Riv. Ital. di Ginecol.*, 1924, III, p. 107.
- Ravina.** — « Des dangers de la césarienne conservatrice dans les infections amniotiques », *Médecine*, avril 1931, p. 298-305.
- Sampson (John A.).** — « Endometriosis of the sac of a right inguinal hernia associated with a pelvic peritoneal endometrosis », *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1926, XII, 459.
- « Metastatic or embolic endometrosis », *Am. J. Path.*, 1927, III, 93.
- Schauffer (G. C.).** — « Menstruating tract from uterus to anterior abdominal wall; » report of case, *Northwest Med.*, 28, 399-404, sept. 1929.
- Snoëck.** — *Journal de Gynécologie*, 1912, p. 612.
- Spencer Wells.** — *Traité des Tumeurs de l'Ovaire et de l'Utérus* 1882, pages 232 et 329.
- Tortora et Sauvitale.** — « Fistola utero-abdominale con mestruazione abdominale a distanza di 16 anni da intervento laparotomico », *La Rassegna d'Obstetricia Ginecologia*, 31 mars 1930, 163-167, 2 fig.
- Von Recklinghausen (F.).** — *Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus und Tubenwandung*, Berlin, 1896, A. Hirschwald, 247 p., 12 pl.

BORDEAUX. — IMPRIMERIE J. BIERE, 18-20-22, rue du Peugue. — 1933
